



**PLACER COUNTY
DEPARTMENT OF
CHILD SUPPORT SERVICES**

TROY HELD
Director

11795 Education St., Suite 101
Auburn, CA 95602-2454
530/889-5700 – Fax 530/889-5749
Toll Free 866/855-2145

P.O. Box 970
5225 N. Lake Blvd.
Carnelian Bay, CA 96140-0970
530/546-1940 – Fax 530/546-1949

Persona sin Custodia:

Número de teléfono de la Persona
con Custodia:

Adjunto usted encontrará los documentos necesarios para abrir un caso de mantenimiento en el **DEPARTMENT OF CHILD SUPPORT SERVICES**. Antes de empezar a llenar los papeles, por favor lea el Manual de Mantenimiento de Hijos y la Notificación Sobre el Programa de Servicios de Mantenimiento de Hijos. Estos documentos explican los servicios disponibles y la responsabilidad suya hacia el Departamento de Servicios de Mantenimiento de Hijos y la del Departamento de Servicios de Mantenimiento de Hijos hacia usted.

CUANDO TENGA LA SOLICITUD DE SERVICIOS COMPLETADA

Envíe el paquete a: venga a dejarlo a la oficina a:

**DEPARTMENT OF CHILD SUPPORT SERVICES
11795 EDUCATION STREET,
STE. 101
AUBURN, CA 95602-2454**

**11795 EDUCATION ST,
STE. 101
AUBURN, CA 95602-2454**

Si tiene preguntas, el número para llamar es el (530) 889-5700 .

INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO Y FORMULARIOS ADJUNTOS

Por favor proporcione información lo más completa posible ya que como trabajemos este caso dependerá de la información que usted nos dé en estos documentos. Si es posible, proporcione los Números del Seguro Social de ambos padres. Usted los puede encontrar en talones de cheques de pagos, declaraciones tributarias (impuestos), etc. Por favor conteste cada pregunta por completo. Si no sabe la respuesta, escriba "NO LO SÉ ". Si la pregunta no aplica, escriba "N/A"

Hay varios formularios para leer y completar. El paquete incluye:

- Aplicación para Servicios de Mantenimiento (CSS 2101)
- Información sobre la Solicitud de Servicios de Mantenimiento y Formularios Adjuntos (CSS 2103)
- Verificación de Cuidado Infantil (CSS 2105)
- Verificación de Visitas (CSS 2107)
- Instrucciones para Completar la Declaración de Historial de Pagos de Mantenimiento (CSS 2109)
- Declaración de Historial de Pagos de Mantenimiento (CSS 2109)
- Información sobre Seguro Médico (CSS 2111)
- Solicitud de Servicios de Mantenimiento (CSS 2115)
- Cuestionario sobre Violencia Doméstica (formulario 2142)
- Notificación sobre el Programa de Servicios de Mantenimiento de Hijos (CS 196)
- Declaración de Ingresos y Gastos (FL-150)
- Manual de Mantenimiento de Hijos (Pub. 160)
- Folleto sobre el Sistema Telefónico Automático
- Hoja de Datos sobre Resolución de Reclamos
- Hoja Informativa sobre el Acta de Alivio Civil para Miembros del Servicio Militar (CS 4050)

Instrucciones han sido provistas para completar la aplicación y la Declaración de Historial de Pagos de Mantenimiento.

Por favor lea el Manual de Mantenimiento de Hijos antes de empezar. Este manual le explicará los servicios disponibles a través de la agencia local de mantenimiento de hijos.

También lea la Notificación sobre el Programa de Servicios de Mantenimiento de Hijos. Esta notificación explicará las responsabilidades entre usted y la agencia local de mantenimiento de hijos.

Por favor complete todos los documentos en **TINTA NEGRA** y **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE** claramente.

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR
LA SOLICITUD DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO**

**SECCIÓN I
INFORMACIÓN IDENTIFICATORIA**

Si los menores nombrados en la solicitud tienen diferentes padres/madres sin custodia/ patria potestad, se debe completar una solicitud por cada persona sin custodia. Si necesita espacio adicional en cualquiera sección, adjunte una hoja de papel adicional o use la Sección VII.

**SECCIÓN II
INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR**

Ponga los nombres de todos los hijos de los padres nombrados en la Sección I por quienes se está solicitando servicios de mantenimiento de hijos. Ponga el nombre completo de cada hijo: primer nombre, segundo nombre, apellidos paterno y materno, y JR, SR, II, III (apelativos generacionales), etc si aplica.

Grupo Étnico - por favor indique el grupo con el cual se identifica cada persona:

| | | |
|--------------------------------------|--------------------|---------------------|
| (B) Africano-Americano | (G) Guameño | (L) Laosiano |
| (I) Indio Americano-Nativo de Alaska | (U) Hawaiano | (A) Otro Asiático |
| (D) Camboyano | (H) Hispano/Latino | (P) Isleño Pacífico |
| (W) Caucásico | (N) Indígena-Indio | (S) Samoano |
| (C) Chino | (J) Japonés | (V) Vietnamita |
| (F) Filipino | (K) Coreano | (O) Otro |

También use esta lista para indicar el grupo étnico de las personas con o sin custodia en las Secciones III y V.

**SECCIÓN III
INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA CON CUSTODIA**

Esta sección es sobre la persona o partido que tiene custodia principal (patria potestad/tutela primaria) de los menores. Complete toda la sección. Si usted es la persona con custodia, asegúrese de darnos un número telefónico donde podamos comunicarnos con usted durante el día.

**SECCIÓN IV
SI USTED NO ES LA MADRE O EL PADRE DE LOS MENORES**

Complete esta sección si usted es una tía, tío, abuela/o, guardián, etc. de los niños. Usted tendrá que completar dos Solicitudes de Servicios, una por cada uno de los padres ausentes. Asegúrese de haber completado la Sección II sobre usted misma/o.

**SECCIÓN V
INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA SIN CUSTODIA**

Esta sección es muy larga y puede ser que usted tenga que revisar documentos viejos para encontrar alguna de la información que se pide. Mientras más información usted nos dé, mejor podremos servirle.

Sección V, pág. 3- si es posible, proporcione el/los Número (s) del Seguro Social de la persona sin custodia. Si no sabe la fecha de nacimiento, proporcione la edad aproximada.

Sección V, pág. 4- proporcione cualquiera y toda información financiera respecto a la persona sin custodia. Adjunte página (s) adicional(es) si lo necesita, o use la Sección VII, págs. 5.

SECCIÓN VI INFORMACIÓN SOBRE EL MATRIMONIO Y ORDEN

Complete esta sección se haya USTED casado o no con el otro padre. Conteste cada pregunta de acuerdo a lo que aplique a la madre y al padre de los menores. Si usted y/o el otro padre estuvieron representados por un abogado para el divorcio, la custodia/patria potestad o tutela de los menores, por favor indique el nombre y dirección del abogado.

SECCIÓN VII COMENTARIOS

Usted puede usar esta sección, como espacio adicional, si lo necesita, o para dar cualquier información adicional que usted crea nos pueda ayudar a establecer o fiscalizar una orden de mantenimiento para los menores. Si quiere, usted puede incluir información sobre el temperamento de la persona sin custodia, si posee armas de fuego (rifles o pistolas), si ha hecho amenazas a usted o a los niños, etc.

SECCIÓN VIII PÁGINA DE LA FIRMA

Por favor lea esta página cuidadosamente. No podremos abrir su caso sin su firma.

Su firma indica que usted ha contestado las preguntas en la solicitud lo mejor posible, de acuerdo a su habilidad y que usted quiere abrir este caso. Su firma también indica que usted ha leído la información provista anteriormente a la línea donde se firma; que usted entiende su responsabilidad de proporcionar información a la agencia local de mantenimiento; y que los abogados de la agencia local, y el Procurador General o sus representantes no son su abogado ni el abogado de los niños.

FORMULARIOS ADICIONALES POR COMPLETAR

1. **Solicitud de Servicios de Mantenimiento** - complétela, firme y ponga la fecha.
2. **Verificación de Cuidado de Infantil** - lleve este formulario a la persona que provee el cuidado de los menores para que lo complete y firme. Esta información sobre lo que usted paga para que le cuiden al (los) menor (es) le ayuda a la agencia local de mantenimiento de hijos para calcular cantidades de mantenimiento.
3. **Verificación de Visitas** - complétela y firme. Esto también le ayuda a la agencia local de mantenimiento de hijos para calcular cantidades de mantenimiento.
4. **Información sobre Seguro Médico** - complétela lo mejor que pueda o sepa.
5. **Declaración de Historial de Pagos de Mantenimiento** - complétela, firme y ponga la fecha. Se incluye instrucciones separadas para este formulario.
6. **Cuestionario sobre Violencia Doméstica** - complétela, firme y ponga la fecha.
7. **Declaración de Ingresos y Gastos** - complétela, firme y ponga la fecha.

**POR FAVOR ENTREGUE FORMULARIOS COMPLETADOS
A
SU AGENCIA LOCAL DE MANTENIMIENTO DE HIJOS**

NOTIFICACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE HIJOS

LO QUE EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE HIJOS PUEDE HACER POR UD.:

Todos los niños tienen derecho a que los mantengan ambos padres. Cualquier persona, incluyendo a un/a padre/madre que no tenga la patria potestad (custodia), independientemente de si recibe asistencia pública o no, puede solicitar servicios de mantenimiento. Algunos de los servicios que están a la disposición son los siguientes:

- localizar a los padres con el propósito de que cumplan con el mantenimiento;
- establecer la paternidad (paternidad legal);
- establecer una orden de mantenimiento de hijos o mantenimiento en relación con la atención médica (seguro médico)
- hacer cumplir una orden de mantenimiento de hijos o mantenimiento en relación con la atención médica;
- modificar una orden existente del tribunal, sobre mantenimiento de hijos o mantenimiento en relación con la atención médica;
- hacer cumplir una orden de mantenimiento de esposa/o, junto con una orden de mantenimiento de hijos;
- cobrar y distribuir pagos de mantenimiento.

NO SE PROPORCIONAN SERVICIOS RELACIONADOS CON LA PATRIA POTESTAD, NI CON LAS VISITAS. LA AGENCIA LOCAL DE MANTENIMIENTO DE HIJOS PROPORCIONA SERVICIOS A NOMBRE DEL ESTADO DE CALIFORNIA. ELLOS NO LE REPRESENTAN A USTED, NI SON SUS ABOGADOS. PUESTO QUE USTED NO ES SU CLIENTE, LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE NO ES CONFIDENCIAL BAJO EL PRIVILEGIO ENTRE ABOGADO Y CLIENTE.

REVELACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

La información en su caso se puede discutir o revelar al Estado, al Departamento de Servicios de Mantenimiento de Hijos, a otras agencias públicas autorizadas legalmente para recibir dicha información, y al/a la otro/a padre/madre o a su abogado/a, en la medida en que lo exija la ley. A la agencia local de mantenimiento de hijos se le exige, de acuerdo a lo estipulado en la Sección 466(a)(13) del Decreto del Seguro Social, que incluya, en los expedientes relacionados con el mantenimiento de hijos, el número de Seguro Social de cualquier persona que esté sujeta a un decreto de divorcio, una orden de mantenimiento de hijos o una determinación o aceptación de paternidad. La información sobre el número de Seguro Social es obligatoria, y se mantendrá en el expediente de la agencia local de mantenimiento de hijos, para localizar a individuos con el propósito de establecer, modificar y hacer cumplir las obligaciones sobre el mantenimiento de hijos. Es posible que para inscribir a un/a niño/a en un seguro médico sea necesario dar el número de Seguro Social y la dirección postal del/de la niño/a al empleador del/de la otro/a padre/madre, o darle el número de Seguro Social al/a la otro/a padre/madre.

COOPERACIÓN CON LA AGENCIA DE MANTENIMIENTO DE HIJOS

Cuando usted solicite servicios, tiene que cooperar con la agencia local de mantenimiento de hijos proporcionando cualquier información o documentos que se necesiten para establecer la paternidad o para localizar al/a la padre/madre, a fin de obtener pagos de mantenimiento para su hijo/a. Una vez que se hayan solicitado los servicios de la agencia local de mantenimiento de hijos, la agencia local de mantenimiento de hijos determinará las medidas más apropiadas que se deban tomar. Se le tienen que entregar todos los pagos de mantenimiento a la agencia local de mantenimiento de hijos.

Cuando usted solicite o reciba servicios de mantenimiento, usted es responsable de informarle inmediatamente a la agencia local de mantenimiento de hijos cualquier cambio en las circunstancias o información. Los siguientes son algunos ejemplos:

- el/la hijo/a se va del hogar;
- cambios de número de teléfono o dirección (incluyendo un traslado a otro estado, condado o país);
- discontinuación de la asistencia pública (CalWORKs);
- cambio de nombre;
- comienzo de cualquier procedimiento legal o de divorcio;
- información sobre el/la padre/madre que no tiene la patria potestad;
- recibo directo de cualquier pago de mantenimiento de hijos, esposa/o o familia.

SUS DERECHOS

Usted tiene derecho a obtener asesoramiento legal, que usted mismo/a pague, de un/a abogado/a particular o de una agrupación de asistencia legal. Si usted contrata a un/a abogado/a, tiene que informárselo a la agencia local de mantenimiento de hijos. Para obtener asistencia legal gratuita, puede comunicarse con la Oficina del/de la Moderador/a de Ley Familiar del Tribunal Superior.

Si usted tiene una orden de mantenimiento en el Estado de California, puede pedirle a la agencia local de mantenimiento de hijos que revise su orden de mantenimiento, para determinar si se debería cambiar la cantidad de mantenimiento, basándose en las normas seguidas en todo el estado. Si la cantidad de mantenimiento no cumple con las normas para el cambio, la agencia local de mantenimiento de hijos tiene que proporcionarle a usted o al/a la otro/a padre/madre, si la solicitan, información sobre la manera en que puede obtener los formularios para pedir al tribunal que cambie la cantidad ordenada de mantenimiento. Además, la agencia local de mantenimiento de hijos tiene que informarle a usted acerca de la fecha inicial, hora y propósito de cada audiencia relacionada con la paternidad o el mantenimiento. Usted también tiene derecho a leer el expediente del actuario del condado (county clerk), a menos que esa información se prohíba legalmente, por los requisitos de confidencialidad.

Usted o el/la otro/a padre/madre puede cuestionar asuntos relacionados con el mantenimiento, patria potestad, visitas, y órdenes judiciales mediante las cuales se prohíben determinadas conductas (restraining orders). La agencia local de mantenimiento de hijos le dará copias de la orden más reciente que se presentó en su caso. Usted puede ir al tribunal para hacer cumplir su orden de mantenimiento, pero tiene que darle a la agencia local de mantenimiento de hijos una notificación por adelantado, si pretende presentar su propia medida de cumplimiento. Si la agencia local de mantenimiento de hijos no responde a su notificación, en un plazo de 30 días, o si dicha agencia le informa a usted que puede proceder, puede presentar su propia medida de cumplimiento, siempre y cuando todo el mantenimiento se pague a través de la agencia local de mantenimiento de hijos.

La agencia local de mantenimiento de hijos tiene que tener el permiso de una persona que no reciba asistencia pública, antes de presentar una estipulación que afecte la orden de mantenimiento, en la cual esa persona aparezca como una de las partes interesadas. La agencia local de mantenimiento de hijos no puede presentar, sin el consentimiento de una persona que no reciba asistencia pública, una estipulación que reduciría la cantidad atrasada de mantenimiento de hijos, cuando a esa persona se le debe mantenimiento atrasado, mayor de la cantidad de asistencia pública que no se ha reembolsado.

Los pagos que recibe la agencia local de mantenimiento de hijos se aplican en el siguiente orden:*

1. Mantenimiento mensual actual;
2. Intereses;
3. Mantenimiento atrasado
4. Obligaciones futuras.

*La agencia local de mantenimiento de hijos puede interceptar las devoluciones de impuestos federales sobre los ingresos que se le deban al/a la padre/madre que no tiene la patria potestad. En conformidad con las leyes federales, este dinero no se puede aplicar a las obligaciones actuales de mantenimiento de hijos/esposa(o)/familia/relacionadas con la atención médica. Se tiene que aplicar al mantenimiento atrasado de hijos. Si un/a padre/madre que tiene la patria potestad ha recibido asistencia pública, incluyendo beneficios de Medi-Cal, se pagará primero la deuda atrasada de mantenimiento de hijos que se le debe al Estado/Condado.

CALIFORNIA NO COBRA UNA CUOTA PARA LA SOLICITUD DE SERVICIOS, NI TAMPOCO COBRA POR PRESTARLES SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE HIJOS A LOS SOLICITANTES. SIN EMBARGO, ALGUNOS ESTADOS SÍ COBRAN UNA CUOTA POR LOS SERVICIOS. SI SU CASO INVOLUCRA A UNO DE ESOS ESTADOS, ES POSIBLE QUE DEDUZCAN LA CUOTA, DE LOS PAGOS DE MANTENIMIENTO, O QUE LA AGREGUEN AL SALDO QUE SE DEBA. ADEMÁS, EN ALGUNAS SITUACIONES, ES POSIBLE QUE SE COBREN LOS COSTOS DE LAS PRUEBAS GENÉTICAS.

NOTIFICACIÓN DE COBROS Y DISTRIBUCIÓN

Cada mes, usted recibirá de la agencia local de mantenimiento de hijos, una Notificación de Cobros y Distribución con respecto a los pagos de mantenimiento. La Notificación le indicará todo el mantenimiento que se ha cobrado y pagado durante el período específico indicado en la Notificación. Usted no recibirá una Notificación de Cobros y Distribución en un mes en que no se recibió ni se pagó mantenimiento.

MANTENIMIENTO EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN MÉDICA Y MEDI-CAL

Cada niño/a tiene derecho a una orden de mantenimiento que le(s) requiera a uno o a ambos padres proporcionar seguro médico, si dicho seguro está a la disposición a un costo razonable. Por lo general, se considera que el costo de un seguro médico es razonable, si es un seguro médico colectivo relacionado con el empleo u otro seguro médico colectivo. Sin embargo, para determinar si el costo es razonable, el tribunal también tomará en consideración el costo real del seguro médico.

La agencia local de mantenimiento de hijos le pedirá al tribunal que establezca o modifique una orden de mantenimiento de hijos, que le exija al/a la padre/madre que no tiene la patria potestad, que proporcione seguro médico, si está a la disposición a un costo razonable. El/la padre/madre que tiene la patria potestad también puede solicitar que la agencia local de mantenimiento de hijos modifique la orden de mantenimiento de hijos, para que se incluya una estipulación para seguro médico. Es posible que esto afecte la cantidad de la obligación mensual de mantenimiento de hijos. Si se le ordena al/a la padre/madre que no tiene la patria potestad que proporcione cobertura para seguro médico, la agencia local de mantenimiento de hijos se comunicará con el/la padre/madre que no tiene la patria potestad y con su empleador, si es necesario, para obtener el seguro médico para el/la niño/a. Después de que la agencia local de mantenimiento de hijos reciba la información acerca de la póliza, se le proporcionará una copia al/a la padre/madre que tiene la patria potestad.

El tener cobertura de seguro médico particular no le impide tener cobertura de Medi-Cal. Si recibe Medi-Cal, y tiene cobertura de seguro médico particular, individual o colectivo (incluyendo cobertura dental o de la vista), las leyes federales y estatales requieren que usted se lo informe al departamento de CalWORKs de su condado, a su proveedor de atención médica, o a la agencia local de mantenimiento de hijos. El no proporcionar esta información es un delito menor. Usted tiene que notificarle a su trabajador/a de elegibilidad de CalWORKs o a la agencia local de mantenimiento de hijos, en un plazo de diez días a partir de la fecha en que su cobertura de seguro médico particular cambie o termine. Además, usted tiene que informarle a su trabajador/a de elegibilidad de CalWORKs o a la agencia local de mantenimiento de hijos acerca de cualquier orden del tribunal que proporcione seguro médico.

Si usted solamente recibe beneficios de Medi-Cal, tiene que cooperar para establecer la paternidad y para obtener mantenimiento en relación con la atención médica, como condición para seguir reuniendo los requisitos para los beneficios de Medi-Cal, a menos que haya presentado una declaración de motivo justificado para no cooperar (CA 51), y el departamento de CalWORKs del condado la haya aprobado. Sus niños seguirán reuniendo los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. Además, se le proporcionarán todos los servicios de mantenimiento de hijos, a menos que usted le diga a la agencia local de mantenimiento de hijos que no quiere recibir servicios que no estén relacionados con obtener mantenimiento en relación con la atención médica y establecer la paternidad. Es posible que el obtener mantenimiento en relación con la atención médica reduzca la cantidad de mantenimiento de hijos que usted recibe. En casos en que ambos padres están en el hogar, la agencia local de mantenimiento de hijos solamente establecerá la paternidad.

En conformidad con las leyes federales (Sección 1396A [25] del Código de los Estados Unidos Número 42 [U.S.C. 42]) el seguro médico de un beneficiario de Medi-Cal, en un caso de cumplimiento de mantenimiento de hijos o de mantenimiento en relación con la atención médica, se usa de la siguiente manera:

El proveedor del servicio le cobrará a Medi-Cal. Medi-Cal le pagará al proveedor del servicio. Entonces, Medi-Cal intentará obtener reembolso de la otra cobertura médica. Usted no es responsable de compartir ningún costo del seguro (coseguro, pago copartícipe o deducible), a menos que se tenga que pagar una parte del costo o un pago copartícipe de Medi-Cal. Si usted no coopera identificando su seguro médico particular, es posible que el proveedor le cobre a usted por el servicio. Si su otro seguro médico es un Plan Médico Pagado por Adelantado (*Prepaid Health Plan - PHP*) o una organización para el mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organization - HMO*), usted **tiene que** usar los establecimientos del plan para la atención médica regular. Medi-Cal no pagará los servicios de un proveedor no asociado a su *PHP/HMO*, a excepción de servicios fuera del área o la atención médica de emergencia. Los servicios fuera del área o la atención médica de emergencia se les deben cobrar al/a la *PHP/HMO*.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE HIJOS, POR FAVOR CONSULTE SU MANUAL SOBRE EL MANTENIMIENTO DE HIJOS

DECLARACIÓN EN CONTRA DE LA DISCRIMINACIÓN

Es la práctica del Estado de California el asegurar que a todas las personas se les trate igual, y que a ninguna persona, debido a su identificación con un grupo étnico, raza, color, origen nacional, afiliación o creencia política, religión, sexo, edad o incapacidad, se le excluya de participar en algo, se le nieguen los beneficios de cualquier programa o servicio, ni que de otra manera se le someta a un trato que sea diferente al que se le brinda a los demás.

Cada agencia local de mantenimiento de hijos ha designado a un/a Coordinador/a de Derechos Civiles (Civil Rights Coordinator). Cualquier solicitante/beneficiario que piense que ha sido víctima de un trato discriminatorio puede presentar una queja de discriminación, comunicándose primero con el/la Coordinador/a de Derechos Civiles designado/a por la agencia local de mantenimiento de hijos, o escribiendo a: California Department of Child Support Services, Attn: Human Services Section, Civil Rights Office, P.O. Box 419064, Rancho Cordova, CA 95741-9064, ó llamando al (916) 464-5200.

APLICACIÓN PARA SERVICIOS DE MANTENIMIENTO

Página 1 of 5

SECCIÓN I: INFORMACIÓN IDENTIFICATORIA

| | | |
|---|--|--|
| SU NOMBRE <i>(Primero, Segundo, Apellido (s))</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | PERSONA CON CUSTODIA PERSONA SIN CUSTODIA |
| NOMBRE DE LA MADRE DEL (LOS) MENOR (ES) <i>(Primero, Segundo, Apellido (s))</i> | | |
| NOMBRE DEL PADRE DEL (LOS) MENOR (ES) <i>(Primero, Segundo, Apellido (s))</i> | | |

SECCIÓN II: HIJO (S) DE LOS PADRES MENCIONADOS ARRIBA

Ponga el nombre del (los) hijo (s) dependiente (s) y soltero (s) de los padres mencionados arriba por quien (es) usted está pidiendo servicios de mantenimiento. Si la madre está embarazada con el hijo del padre mencionado arriba, ponga "POR NACER" como el nombre del menor y la fecha en que espera dar a luz como la FECHA DE NACIMIENTO.

| NOMBRE COMPLETO DEL MENOR Y OTROS NOMBRES USADOS <small>(incluir apelativos, sobrenombres) (Primero, Segundo, Apellido (s))</small> | SEXO | GRUPO ÉTNICO <small>(Ver Instrucciones)</small> | FECHA DE NACIMIENTO <small>(mes, día, año: MM/DD/AAAA)</small> | NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL | LUGAR DE NACIMIENTO <small>(Ciudad, Estado y País)</small> |
|--|----------------------------|--|---|---|---|
| 1. | <input type="checkbox"/> M | | | | |
| | <input type="checkbox"/> F | | | | |
| | | | | ¿Existe una orden de mantenimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO LO SE | |
| 2. | <input type="checkbox"/> M | | | | |
| | <input type="checkbox"/> F | | | | |
| | | | | ¿Existe una orden de mantenimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO LO SE | |
| 3. | <input type="checkbox"/> M | | | | |
| | <input type="checkbox"/> F | | | | |
| | | | | ¿Existe una orden de mantenimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO LO SE | |
| 4. | <input type="checkbox"/> M | | | | |
| | <input type="checkbox"/> F | | | | |
| | | | | ¿Existe una orden de mantenimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO LO SE | |
| 5. | <input type="checkbox"/> M | | | | |
| | <input type="checkbox"/> F | | | | |
| | | | | ¿Existe una orden de mantenimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO LO SE | |
| 6. | <input type="checkbox"/> M | | | | |
| | <input type="checkbox"/> F | | | | |
| | | | | ¿Existe una orden de mantenimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO LO SE | |
| 7. | <input type="checkbox"/> M | | | | |
| | <input type="checkbox"/> F | | | | |
| | | | | ¿Existe una orden de mantenimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO LO SE | |
| 8. | <input type="checkbox"/> M | | | | |
| | <input type="checkbox"/> F | | | | |
| | | | | ¿Existe una orden de mantenimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO LO SE | |

Si la dirección del (los) menor (es) es diferente a la suya, por favor complete la información siguiente: *(incluya una hoja adicional si es necesario)*

| |
|---|
| APELLIDOS Y NOMBRE DEL MENOR |
| DIRECCIÓN: <i>Calle, Dpto, o Unidad #</i> |
| <i>Ciudad, Estado, Zona Postal</i> |
| APELLIDO Y NOMBRE DEL MENOR |
| DIRECCIÓN: <i>Calle, Dpto, o Unidad #</i> |
| <i>Ciudad, Estado, Zona Postal</i> |

SECCIÓN III: COMPLETE LA INFORMACIÓN SIGUIENTE SOBRE LA PERSONA CON CUSTODIA

NOTE: La persona con custodia es la persona o partido que tiene custodia/patria potestad principal de los menores.

| | |
|--|---|
| NOMBRE COMPLETO (Primer, Segundo y Apellido (s)) | RELACIÓN AL/ LOS MENOR(ES) (Madre, Padre, Abuela/o, Tía, Tío, Primo/a, Amigo/a, etc.) |
|--|---|

NOMBRE DE SOLTERA Y/O OTROS ALIAS (NOMBRES) USADOS

| | | | |
|----------------------------------|--|---|-------------------|
| NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO (Mes, Día, Año) (MM/DD/AAAA) | LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad, Estado y País) | |
| GRUPO ÉTNICO (ver instrucciones) | SEXO Elija uno: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | COLOR DEL PELO | COLOR DE LOS OJOS |
| PESO | ALTURA | LICENCIA DE MANEJAR # | ESTADO |

IDIOMA PRINCIPAL HABLADO EN LA CASA

Elija uno: INGLÉS ESPAÑOL CHINO VIETNAMITA CAMBOYANO LAOSIANO OTRO _____

¿Puede la Persona con Custodia leer y entender Inglés? Elija uno: SI NO

DOMICILIO: Calle, Dpto, o Unidad #

| | |
|-----------------------------|--|
| Ciudad, Estado, Zona Postal | Número de Teléfono (Incluir Código del Área) |
|-----------------------------|--|

DIRECCIÓN POSTAL: Calle, Dpto, Unidad #, o Casilla de Correos (si diferente del domicilio)

| | |
|-----------------------------|--|
| Ciudad, Estado, Zona Postal | Número de Teléfono para Mensajes (Incluir Código del Área) |
|-----------------------------|--|

Nombre otro (s) hijo(s) de la persona con custodia que no esté(n) nombrado(s) en la Sección II

| NOMBRE COMPLETO (Primer, Segundo, Apellido(s)) | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO O EDAD APROXIMADA |
|--|------|---------------------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |

| | |
|-----------|--|
| EMPLEADOR | Número de Teléfono (Incluir Código del Área) |
|-----------|--|

DIRECCIÓN: Calle, Dpto, o Unidad #

Ciudad, Estado, Zona Postal

| | | |
|---------------------|--------------|--|
| PROFESIÓN/OCUPACIÓN | SUELDO \$ | SE LE PAGA: <input type="checkbox"/> SEMANAL-MENTE <input type="checkbox"/> SEMANA POR MEDIO <input type="checkbox"/> CADA QUINCENA <input type="checkbox"/> MENSUAL-MENTE |
|---------------------|--------------|--|

| | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---|
| ¿En este trabajo, hay Seguro Médico disponible para el/los menor (es)? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO LO SE | Si contestó Sí a cualquiera de estas preguntas, por favor complete el formulario INFORMACIÓN SOBRE SEGURO MÉDICO (OCS 2111) incluido en este paquete. |
| ¿En este trabajo, hay Asegurancia Dental disponible para el/los menor (es)? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO LO SE | |
| ¿En este trabajo, hay Asegurancia de Visión disponible para el/los menor (es)? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO LO SE | |

***INCLUYA UNA COPIA DE SU TALONARIO MÁS RECIENTE DE PAGO DEL TRABAJO SÓLO SI USTED ES EL PADRE O MADRE DEL/ LOS MENOR(ES) ***

¿Ha(n) recibido asistencia pública el/los menor(es) o Servicios de Mantenimiento de Hijos en otro Estado? SI NO NO LO SE

Si indica que Sí, complete lo siguiente: (agregue páginas adicionales si lo necesita.)

| | | | |
|--------|---------|-----------------------------------|--------|
| ESTADO | CONDADO | FECHAS: (Mes, Día, Año) Desde: | Hasta: |
|--------|---------|-----------------------------------|--------|

SECCIÓN IV: COMPLETE SI USTED NO ES LA MADRE O EL PADRE DEL/ILOS MENOR(ES)

| | |
|--|--|
| NOMBRE DE LA MADRE DEL/ LOS MENOR(ES) (Primer, Segundo y Apellido (s)) | SU RELACIÓN A LA MADRE DEL/LOS MENOR(ES) |
|--|--|

NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE Y/O OTROS ALIAS (NOMBRES) USADOS

| | |
|---|--|
| NOMBRE DEL PADRE DEL LOS MENOR(ES) (Primer, Segundo y Apellido (s)) | SU RELACIÓN AL PADRE DEL/LOS MENOR(ES) |
|---|--|

OTROS ALIAS (NOMBRES) USADOS POR EL PADRE

SECCIÓN VI: INFORMACIÓN SOBRE MATRIMONIO Y ORDEN JUDICIAL

¿ Se casaron entre ellos el padre y la madre del/los menor (es)? SI NO NO LO SE Si contestó SI, complete lo siguiente:

| | | | |
|----------------------|---------------------|--------------------|------------------------------|
| FECHA DEL MATRIMONIO | FECHA DE SEPARACIÓN | FECHA DEL DIVORCIO | NÚMERO JUDICIAL DEL DIVORCIO |
|----------------------|---------------------|--------------------|------------------------------|

LUGAR DE CASAMIENTO (Ciudad, Condado, Estado y País)

LUGAR DEL DIVORCIO (Ciudad, Condado, Estado y País)

¿Hay una orden de mantenimiento? SI NO NO LO SE Si contestó SI, complete lo siguiente:

| | |
|-------------------|------------------|
| FECHA DE LA ORDEN | ORDEN JUDICIAL # |
|-------------------|------------------|

LUGAR DE REGISTRO (Ciudad, Condado, Estado y País)

¿ Hay una orden de paternidad establecida? SI NO NO LO SE Si contestó SI, complete lo siguiente:

| | |
|-------------------|------------------|
| FECHA DE LA ORDEN | ORDEN JUDICIAL # |
|-------------------|------------------|

LUGAR DE REGISTRO (Ciudad, Condado, Estado y País)

Si usted no es la madre o el padre del menor o menores, ¿ hay una orden judicial dándole a usted la custodia/patria potestad? SI NO NO LO SE Si contestó SI, complete lo siguiente:

| | |
|-------------------|------------------|
| FECHA DE LA ORDEN | ORDEN JUDICIAL # |
|-------------------|------------------|

LUGAR DE REGISTRO DE LA ORDEN (Ciudad, Condado, Estado y País)

| | |
|---|--|
| NOMBRE DEL ABOGADO DE LA PERSONA CON CUSTODIA | NÚMERO DE TELÉFONO (incluya código del área) |
|---|--|

DIRECCIÓN: (Calle, Dpto o Unidad #)

Ciudad, Estado, Zona Postal

| | |
|---|--|
| NOMBRE DEL ABOGADO DE LA PERSONA SIN CUSTODIA | NÚMERO DE TELÉFONO (incluya código del área) |
|---|--|

DIRECCIÓN (Calle, Dpto o Unidad #)

Ciudad, Estado, Zona Postal

SECCIÓN VII: COMENTARIOS

PROPORCIONE COMENTARIOS O INFORMACIÓN ADICIONAL AQUÍ:

SECCIÓN VIII: (DEBE SER COMPLETADA)

POR FAVOR LEA ESTO CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMARLO. SU FIRMA ES REQUERIDA PARA PODER ABRIR UN CASO EN SU NOMBRE.

Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera de acuerdo a mi mejor conocimiento y creencia.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA: _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

| | | |
|------------------------------------|--------------|----------------|
| APPLICATION ID: DATE REQUESTED: | DATE MAILED: | DATE RECEIVED: |
|------------------------------------|--------------|----------------|

SOLICITUD DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente antes de firmar en cada uno de los espacios a continuación. Se requiere su firma para que podamos abrir un caso para usted.

Solicito los servicios de la agencia local para la manutención de hijos, para que me ayude en mis esfuerzos por localizar al padre/a la madre que no tiene la patria potestad, establecer la paternidad o asegurar la manutención de los niños que se indican en la Sección II.

Estoy solicitado estos servicios bajo el Programa para el Cumplimiento de la Manutención de Hijos, bajo el Título IV-D de la Ley del Seguro Social.

Le notificaré inmediatamente a la Agencia Local para la Manutención de Hijos sobre cualquiera de lo siguientes eventos:

- Cuando cada uno de los niños se case, cumpla 19 años de edad o cumpla 18 años de edad, y no sea estudiante a tiempo completo, lo que ocurra primero.
- Cualquier cambio en mi dirección residencial, dirección postal o número de teléfono.
- Cualquier cambio de empleador, incluyendo el nombre, dirección y número de teléfono.
- Cualquier cambio en la situación, costo o disponibilidad de cobertura de seguro médico.
- Cualquier información con respecto al paradero del otro padre/padres.
- Cuando el padre/padres se mude(n) al lado de los niños.
- Cualquier cambio en la patria potestad de los niños.

Estoy consciente de que la agencia local para la manutención de hijos y el Procurador General no me representan a mí, ni al otro padre, ni a los niños que son la razón de este caso. No existe ninguna relación de abogado y cliente entre la agencia local para la manutención de hijos o el Procurador General y mi persona, el otro padre ni los niños. No surgirá ninguna relación de abogado y cliente, si la agencia local para la manutención de hijos o el Procurador General me proporciona los servicios de manutención que he solicitado.

Declaro, bajo pena de perjurio, que he leído, entendido y estoy de acuerdo con todos los términos especificados anteriormente.

FIRMA: _____

FECHA: _____

Su firma enseguida certifica que usted está consciente de que cualesquier cantidades en exceso que se le paguen a usted, no pueden deducirse de futuros pagos de manutención que se le manden a usted, a menos que usted dé su consentimiento por escrito en ese momento, mismo consentimiento que podría revocarse en cualquier momento. Sin embargo, si usted no da su consentimiento para pagar el pago en exceso al condado, por una deducción de manutención en el futuro, la agencia local para la manutención de niños está autorizada para utilizar el cobro del ultimo pago intransferido y atrasado para pagar el pago en exceso.

FIRMA: _____

FECHA: _____

INFORMACIÓN SOBRE SEGURO MÉDICO

Página 1 of 2

NOMBRE COMPLETO (NOMBRES Y APELLIDOS)

| | |
|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | PERSONA CON CUSTODIA |
| <input type="checkbox"/> | PERSONA SIN CUSTODIA |

SECCIÓN I: SU SEGURO

Complete esta sección si usted tiene seguro médico a través de su empleador o si tiene un plan privado que usted cubre/paga (no pagado por el otro padre). La Sección II es referente al seguro médico provisto por el otro padre.

SEGURO MÉDICO

¿Actualmente tiene usted Seguro Médico? SI NO Si marcó SI, complete la siguiente información

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

DIRECCIÓN: Calle, Departamento o Unidad # (Dirección donde se mandan los reclamos)

Ciudad, Estado, Código Postal

NÚMERO DE LA PÓLIZA

| | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------|----------------------------------|---|--|----------------------------------|-------------------------------|
| COSTO DE COBERTURA (PRIMA) | ELIJA UNO: | <input type="checkbox"/> SEMANAL | <input type="checkbox"/> SEMANA POR MEDIO | <input type="checkbox"/> QUINCENAL (dos veces por mes) | <input type="checkbox"/> MENSUAL | CANTIDAD PAGADA POR EMPLEADOR |
| | CANTIDAD PAGADA POR USTED | | | | | |

| | | | | |
|------------|----------------------------------|---|--|----------------------------------|
| ELIJA UNO: | <input type="checkbox"/> SEMANAL | <input type="checkbox"/> SEMANA POR MEDIO | <input type="checkbox"/> QUINCENAL (dos veces por mes) | <input type="checkbox"/> MENSUAL |
|------------|----------------------------------|---|--|----------------------------------|

NOMBRE DE LOS DEPENDIENTES ACTUALMENTE CUBIERTOS POR SEGURO MÉDICO

Núm. De la Póliza que cubre al dependiente:

| | |
|----|--|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | |
| 8. | |

MARQUE AQUÍ SI INCLUYE PÁGINA EXTRA CON NOMBRES Y NÚMEROS DE PÓLIZAS DE DEPENDIENTES ADICIONALES CUBIERTOS BAJO SEGURO MÉDICO

SEGURO DENTAL

¿Actualmente tiene usted Seguro Dental? SI NO Si marcó SI, complete la siguiente información.

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL

DIRECCIÓN: Calle, Departamento o Unidad # (Dirección donde se mandan los reclamos)

Ciudad, Estado, Código Postal

NÚMERO DE LA PÓLIZA

| | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------|----------------------------------|---|--|----------------------------------|-------------------------------|
| COSTO DE COBERTURA (PRIMA) | ELIJA UNO: | <input type="checkbox"/> SEMANAL | <input type="checkbox"/> SEMANA POR MEDIO | <input type="checkbox"/> QUINCENAL (dos veces por mes) | <input type="checkbox"/> MENSUAL | CANTIDAD PAGADA POR EMPLEADOR |
| | CANTIDAD PAGADA POR USTED | | | | | |

| | | | | |
|------------|----------------------------------|---|--|----------------------------------|
| ELIJA UNO: | <input type="checkbox"/> SEMANAL | <input type="checkbox"/> SEMANA POR MEDIO | <input type="checkbox"/> QUINCENAL (dos veces por mes) | <input type="checkbox"/> MENSUAL |
|------------|----------------------------------|---|--|----------------------------------|

NOMBRE DE LOS DEPENDIENTES ACTUALMENTE CUBIERTOS POR SEGURO DENTAL

Núm. De la Póliza que cubre al dependiente:

| | |
|----|--|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | |
| 8. | |

MARQUE AQUÍ SI INCLUYE PÁGINA EXTRA CON NOMBRES Y NÚMEROS DE PÓLIZAS DE DEPENDIENTES ADICIONALES CUBIERTOS BAJO SEGURO DENTAL

SEGURO DE VISIÓN

¿Actualmente tiene usted Seguro de Visión? SI NO Si marcó SI , complete la siguiente información.

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO DE VISIÓN

DIRECCIÓN: Calle, Departamento o Unidad # (Dirección donde se manden los reclamos)

Ciudad, Estado, Código Postal

NÚMERO DE LA PÓLIZA

COSTO DE COBERTURA (PRIMA)

ELIJA UNO: SEMANAL SEMANA POR MEDIO QUINCENAL (dos veces por mes) MENSUAL

CANTIDAD PAGADA POR EMPLEADOR

CANTIDAD PAGADA POR USTED

ELIJA UNO: SEMANAL SEMANA POR MEDIO QUINCENAL (dos veces por mes) MENSUAL

NOMBRE DE LOS DEPENDIENTES ACTUALMENTE CUBIERTOS POR SEGURO DE VISIÓN

Núm. De la Póliza que cubre al dependiente:

| | |
|----|--|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | |
| 8. | |

MARQUE AQUÍ SI INCLUYE PÁGINA EXTRA CON NOMBRES Y NÚMEROS DE PÓLIZAS DE DEPENDIENTES ADICIONALES CUBIERTOS BAJO SEGURO DE VISIÓN

SECCIÓN II: SEGURO DEL OTRO PADRE

SEGURO MÉDICO

¿ Está Usted o el/los menor (es) cubiertos por Seguro Médico provisto por el otro padre? SI NO Si marcó SI , complete la siguiente información

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

DIRECCIÓN: Calle, Departamento o Unidad # (Dirección donde se mandan los reclamos)

Ciudad, Estado, Código Postal

SEGURO DENTAL

¿ Está Usted o el/los menor (es) cubiertos por Seguro Dental provisto por el otro padre? SI NO Si marcó SI , complete la siguiente información

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL

DIRECCIÓN: Calle, Departamento o Unidad # (Dirección donde se mandan los reclamos)

Ciudad, Estado, Código Postal

SEGURO DE VISIÓN

¿ Está Usted o el/los menor (es) cubiertos por Seguro de Visión provisto por el otro padre? SI NO Si marcó SI , complete la siguiente información

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO DE VISIÓN

DIRECCIÓN: Calle, Departamento o Unidad # (Dirección donde se mandan los reclamos)

Ciudad, Estado, Código Postal

VERIFICACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

Yo soy la Persona con Custodia la Persona sin Custodia

SOLICITANTE: Por favor entréguele este formulario a su proveedor de cuidado infantil. Incluya recibos o copias de cheques cancelados que usted tenga por cuidado infantil.

PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL: Por favor complete la (s) seccion (es) apropiada (s) para los menores del solicitante mencionado arriba, por quien usted provee cuidado infantil.

SECCIÓN I: INFANTES Y NIÑOS PRE- ESCOLARES

Nombre del Proveedor / Centro de Cuidado Infantil _____

Dirección _____ Dpto o Unidad # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Tel. () _____

Nombre de la Persona o personas que le paga(n) a usted por cuidado infantil _____

Nombre de los hijos de esta persona por los cuales usted provee cuidado y la cantidad que usted recibe.

(Circule Uno)

Menor (Nombre) _____ Cantidad \$ _____ por semana/mes/día

Total: \$ _____ por semana/mes/día

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de California, que lo antedicho es correcto y verdadero.

Fecha: _____

(Firma del Proveedor de Cuidado Infantil)

SECCIÓN II: NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

A. Para cuidado infantil provisto durante horario regular de la escuela:

Nombre del Proveedor / Centro de Cuidado Infantil _____

Dirección _____ Dpto o Unidad # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Tel. () _____

Nombre de la Persona o personas que le paga(n) a usted por cuidado infantil _____

Nombre de los hijos de esta persona por los cuales usted provee cuidado y la cantidad que usted recibe.

(Circule Uno)

Menor (Nombre) _____ Cantidad \$ _____ por semana/mes/día

Total: \$ _____ por semana/mes/día

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de California, que lo antedicho es correcto y verdadero.

Fecha: _____

(Firma del Proveedor de Cuidado Infantil)

CONTINÚA AL REVERSO

SECCIÓN II: NIÑOS EN EDAD ESCOLAR continúa

B. Para cuidado infantil provisto durante el verano/vacaciones para menores en edad escolar, por favor incluya recibos o cheques cancelados. Incluya estas cantidades en la información especificada a continuación:

Nombre del Proveedor / Centro de Cuidado Infantil _____

Dirección _____ Dpto o Unidad # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Tel. () _____

Nombre de la Persona o personas que le paga(n) a usted por cuidado _____

Nombre de los hijos de esta persona por los cuales usted provee cuidado y la cantidad que usted recibe.

(Circule Uno)

Menor (Nombre) _____ Cantidad \$ _____ por semana/mes/día

Total: \$ _____ por semana/mes/día

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de California, que lo antedicho es correcto y verdadero.

Fecha: _____

(Firma del Proveedor de Cuidado Infantil)

VERIFICACIÓN DE VISITAS

NOMBRE DE LA PERSONA COMPLETANDO ESTE FORMULARIO: _____

Yo soy la Persona con custodia Persona sin custodia

1ra PARTE: VISITAS ACTUALES DE LA PERSONA SIN CUSTODIA

INSTRUCCIONES: Complete el historial de visitas por los últimos 12 meses, anotando el número de horas por mes que la persona sin custodia en realidad visitó a los niños.

Por ejemplo: Si los últimos 12 meses son de Junio del 2000 hasta Mayo del 2001, usted completaría los meses de Junio a Diciembre del 2000 abajo en la columna de la izquierda y pondría 2000 en la sección que indica año. Luego usted completaría el lado derecho poniendo el año 2001 arriba y completaría los meses de Enero hasta Mayo del 2001.

AÑO _____

AÑO _____

| MES | NÚMERO DE HORAS POR MES | MES | NÚMERO DE HORAS POR MES |
|--------------|-------------------------|--------------|-------------------------|
| Enero | | Enero | |
| Febrero | | Febrero | |
| Marzo | | Marzo | |
| Abril | | Abril | |
| Mayo | | Mayo | |
| Junio | | Junio | |
| Julio | | Julio | |
| Agosto | | Agosto | |
| Septiembre | | Septiembre | |
| Octubre | | Octubre | |
| Noviembre | | Noviembre | |
| Diciembre | | Diciembre | |
| TOTAL | | TOTAL | |

2da PARTE : ACUERDOS DE VISITAS/CUSTODIA COMPARTIDA

MARQUE UNO: Custodia Compartida Visitas Solamente Ninguno

Por favor explique el acuerdo de custodia/visitas que usted tiene con el otro partido:

Horario de Visitas: **Desde** (especifique el día de la semana) _____ a las (especifique la hora) _____ a.m./p.m. (Circule Uno)

Hasta (especifique el día de la semana) _____ a las (especifique la hora) _____ a.m./p.m. (Circule Uno)

¿Se queda(n) el/ los hijo (s) a pasar la noche? Sí No

¿Este arreglo de visitas es por orden de la corte? Sí No

Yo declaro que la información anotada arriba es verdadera y correcta de acuerdo a mi mejor conocimiento y creencia. Estoy al tanto que esta información puede ser proporcionada al otro partido, y que se le puede requerir a cualquiera de los partidos que proporcione documentación.

Firma: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN SOBRE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Fecha: FEBRUARY 13, 2007

Debido a recientes cambios en la legislación federal y estatal, el programa de mantenimiento de hijos debe enviar registros computacionales de mantenimiento de hijos al gobierno federal. El gobierno federal proporcionará la información a las cortes, agencias de mantenimiento de hijos y, en algunas ocasiones, al otro padre o madre del menor. Si usted o su hijo/a son víctimas de violencia doméstica, le informaremos al gobierno federal, y éste no dará su información a nadie sin una orden judicial.

Si usted piensa que dar su información pueda causar daño físico o emocional a usted o su(s) hijo(s), llene el formulario adjunto y devuélvalo a nuestra oficina inmediatamente. Usted debe llenar el formulario completamente, especialmente la Sección II. Si usted no nos devuelve este formulario en 30 días desde la fecha de esta carta, daremos la información de su caso al gobierno federal para su divulgación a personas y/o agencias autorizadas.

Envíenos el formulario completo a: tráigalo a nuestra oficina a:

DEPARTMENT OF CHILD SUPPORT SERVICES
11795 EDUCATION STREET,
STE. 101
AUBURN, CA 95602-2454

11795 EDUCATION ST,
STE. 101
AUBURN, CA 95602-2454

Si usted o su(s) hijo(s) no son víctimas de violencia doméstica usted no tiene que devolver este formulario. Por favor comprenda que su información nunca es dada a la otra persona sin una orden de la corte. La única excepción es el archivo de registros o documentos en la corte, vinculados a ciertos procedimientos judiciales.

Si usted tiene preguntas, el número para llamar es el (530) 889-5700 .

Por favor, cuando llame, mantenga listo su número de caso y su número de seguro social.

DEPARTMENT OF CHILD SUPPORT SERVICES

Uso de Oficina Solamente

DATE FVI PLACED: _____ DATE RECEIVED BY THIS OFFICE _____

POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO AL REVERSO

CUESTIONARIO SOBRE VIOLENCIA DOMÉSTICA

AVISO: Si usted no completa y devuelve este formulario, el gobierno federal divulgará información acerca de la ubicación de usted o de su(s) hijo(s) a otras agencias de mantenimiento de hijos, y posiblemente al otro padre o madre.

Su Nombre: _____

Caso Núm.: _____

Nombre del otro partido: _____

SECCION I: Marque el cuadro apropiado para cada pregunta.

1. ¿Alguna vez, ha sido usted o el/los menor(es) a su cargo víctimas de violencia doméstica o abuso infantil cometido por el otro partido de su caso de mantenimiento de hijos? Sí No
2. ¿Alguna vez ha obtenido una orden de restricción personal, orden protectora de emergencia u orden para que el otro padre o madre del caso de mantenimiento de hijos se mantenga lejos de usted? Sí No
Si su respuesta es "Sí", por favor adjunte una copia de la orden y denos la siguiente información:
Condado/Estado: _____ Corte Superior #: _____
Fecha de expiración: _____
3. Si usted o el menor bajo su cuidado reciben alguna asistencia pública, desea solicitar "Causa Justificada" debido al incremento del riesgo de daño físico, sexual o emocional hacia usted o su(s) hijo(s) y desea pedir al departamento de asistencia pública que autorice que su caso de mantenimiento sea cerrado? Sí No

SECCION II: Usted TIENE QUE completar esta sección si acaso contestó que "sí" en cualquiera de las cajas de la Sección I.

Por favor provea información detallada de violencia doméstica, incluyendo fechas, horas, lugares y testigos (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

SECCION III: Marque el cuadro apropiado, firme, feche y devuelva el formulario a la agencia local de mantenimiento de hijos.

La revelación de mi domicilio u otra información que identifique mi localización puede ser dañina para mí o para el menor (los menores) que está(n) bajo mi cargo. Pido que mi domicilio u otra información identificatoria no sea dada al otro partido en este caso. Este pedido de no divulgar información seguirá en efecto hasta que yo notifique por escrito a la agencia local de mantenimiento y la oficina que maneja mi caso me avise que ha recibido mi pedido. Entiendo que bajo ley federal, una persona autorizada puede hacer una solicitud por escrito a la corte que tiene jurisdicción para ordenar o hacer cumplir arreglos de custodia/patria potestad o derechos de visitas. La agencia local de mantenimiento de hijos me notificará por escrito si la corte ordena la divulgación de información en mi caso.

La divulgación de mi domicilio u otra información que identifique mi ubicación no es peligrosa para mí o para el menor (o los menores) bajo mi cargo. Entiendo que esta información se hará disponible al gobierno federal, las cortes, las agencias de mantenimiento de hijos y, en algunos casos, al otro padre o madre del menor (o los menores).

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha _____

Firma

| | |
|--|---------------------------------------|
| ABOGADO O PARTIDO SIN ABOGADO (Nombre, Número Barra Estatal de Abogados y Dirección): TELÉFONO: E-Mail (opcional): ABOGADO DE (Nombre): | PARA USO DE LA CORTE SOLAMENTE |
| CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE: UBICACIÓN (CALLE): DIRECCIÓN DE CORREOS: CIUDAD Y ZONA POSTAL: SUCURSAL: | |
| QUERELLANTE /DEMANDANTE: QUERELLADO /DEMANDADO: OTRO PADRE/DEMANDANTE: | |
| DECLARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS | |

1. Empleo (Escriba información sobre su trabajo, o si ahora está desempleado/a, escriba información sobre su último trabajo.)

- Ponga aquí copias de sus talonarios de pago del trabajo por los últimos 2 meses (Obscurezca números del seguro social)
- a. Empleador:
 - b. Dirección del empleador:
 - c. Número de teléfono del empleador:
 - d. Ocupación/Profesión:
 - e. Fecha cuando comenzó el trabajo:
 - f. Si está sin trabajo, fecha cuando dejó de trabajar:
 - g. Trabajo como _____ horas por semana.
 - h. Me pagan \$ _____ en bruto (antes de impuestos) por mes por semana por hora.

(Si tiene más de un trabajo, incluya una hoja de papel 8 ½ por 11", y conteste las mismas preguntas de arriba para cada uno de sus trabajos. Escriba "Pregunta 1-Otros Trabajos" al principio de la página.)

2. Edad y Educación

- a. Mi edad es (especifique):
- b. Completé la escuela secundaria o equivalente: Sí No Si marcó no, grado más alto que completó (especifique):
- c. Número de años de educación universitaria completados (especifique): grado/título obtenido (especifique):
- d. Número de años de doctorado completados (especifique): título obtenido (especifique):
- e. Tengo lo siguiente licencia(s) profesional(es)/ocupacional(es) (especifique):
 entrenamiento vocacional/capacitación profesional en (especifique):

3. Información sobre impuestos

- a. Mi última declaración de impuestos fue para el año tributario (especifique año) :
- b. Me declaro como soltero/a jefe de familia casado/a declarando por separado
 casado/a declarando en conjunto con (especifique nombre):
- c. Hago mi declaración de impuestos estatal en California Otro Estado: (especifique):
- d. Declaro el siguiente número de exenciones (incluyéndome a mí mismo/a) en mi declaración de impuestos (especifique):

4. Ingresos del otro partido

Estimo que el ingreso bruto mensual (antes de impuestos) del otro partido en este caso es (especifique): \$
 Este cálculo es basado en lo siguiente (explique):

(Si usted necesita más espacio para contestar cualquiera de las preguntas en este formulario, agregue una hoja de papel 8 ½ por 11", y anote el número de la pregunta ante su respuesta.)

5. Número de páginas incluidas aquí: _____

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de California, que la información contenida en todas las páginas de este formulario y cualquier anexo(s) es verídica y correcta.

Fecha:



(SU NOMBRE CON LETRA IMPRENTA O A MÁQUINA)

(FIRMA DEL DECLARANTE)

| | |
|--|------------|
| QUERELLANTE/DEMANDANTE: QUERELLADO/DEMANDADO: OTRO PADRE/DEMANDANTE: | CASO NÚM.: |
|--|------------|

Agregue en la primera página copias de sus talonarios de pagos del trabajo por los últimos dos meses y prueba de cualquier otro ingreso. Lleve una copia de su última declaración de impuestos federal a la audiencia judicial. (Obscurezca su número del seguro social en los talonario de pagos, y en la declaración de impuestos.)

5. **Ingresos** (Para un promedio mensual, sume en cada categoría todo el dinero que usted recibió en los últimos 12 meses y divida el total por 12.)

| | Mes pasado | Promedio mensual |
|--|------------|------------------|
| a. Salario o sueldo, (bruto, antes de impuestos) | \$ _____ | _____ |
| b. Sobretiempo (bruto, antes de impuestos) | \$ _____ | _____ |
| c. Comisiones o bonos | \$ _____ | _____ |
| d. Asistencia pública (por ej., TANF, SSI, GA, o GR) <input type="checkbox"/> Recibiendo actualmente | \$ _____ | _____ |
| e. Mantenimiento conyugal <input type="checkbox"/> de este matrimonio <input type="checkbox"/> de otro matrimonio | \$ _____ | _____ |
| f. Mantenimiento de compañero/a <input type="checkbox"/> de esta relación doméstica <input type="checkbox"/> de otra relación doméstica | \$ _____ | _____ |
| g. Pagos de Pensión/Jubilación o fondo de Retiro | \$ _____ | _____ |
| h. Jubilación del Seguro Social (no SSI) | \$ _____ | _____ |
| i. Incapacidad <input type="checkbox"/> Seguro Social (no SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Estatal por Incapacidad Laboral (SDI) <input type="checkbox"/> Seguro privado | \$ _____ | _____ |
| j. Compensación/Beneficios por Desempleo/Cesantía | \$ _____ | _____ |
| k. Compensación laboral (del trabajo) | \$ _____ | _____ |
| l. Otro (beneficio cuatrimestral básico militar (BAQ), pagos por derechos de patente, etc.) (especifique): | \$ _____ | _____ |

6. **Ingreso por inversiones** (Agregue una lista mostrando recibos de ingreso bruto menos gastos en efectivo por cada propiedad.)

| | | |
|---|----------|-------|
| a. Dividendos/interés. | \$ _____ | _____ |
| b. Ingreso por arriendo de propiedades. | \$ _____ | _____ |
| c. Fondos fiduciarios. | \$ _____ | _____ |
| d. Otro (especifique): | \$ _____ | _____ |

7. **Ingreso por trabajo independiente, después de gastos comerciales de todos mis negocios** \$ _____

Soy el/la dueño(a)/propietario(a) único(a) socio/a del negocio otro (especifique):

Número de años en este negocio (especifique):

Nombre del negocio (especifique):

Tipo de negocio (especifique):

Agregue una declaración sobre ganancias y pérdidas por los últimos dos años, o una Lista C de su última declaración de impuestos federal. Obscurezca su número del seguro social. Si usted tiene más de un negocio, proporcione la información de arriba para cada uno de sus negocios.

8. **Ingreso Adicional** Recibí la siguiente suma de dinero (ganancias de la lotería, herencia, etc.) en los últimos 12 meses (una vez solamente)(especifique la fuente y cantidad):

9. **Cambio en Ingreso** Mi situación financiera ha cambiado significativamente en los últimos 12 meses porque (especifique):

10. **Descuentos**

| | El mes pasado |
|--|---------------|
| a. Cuotas obligatorias para sindicatos (uniones) | \$ _____ |
| b. Contribuciones obligatorias para fondos de jubilaciones y pensiones, (no incluir seguro social, FICA, 401(K) o IRA) | \$ _____ |
| c. Costo de seguro médico, hospitalario, dental, o cualquier otro de la salud (cantidad total mensual). | \$ _____ |
| d. Mantenimiento de hijos que pago por hijos que tengo de otra(s) relación(es) | \$ _____ |
| e. Mantenimiento de Cónyuge (esposa/o) que pago por orden judicial, por otro matrimonio | \$ _____ |
| f. Mantenimiento de compañero/a doméstico/a que pago por otra relación, de acuerdo a una orden judicial. | \$ _____ |
| g. Gastos necesarios para el trabajo, que no son reembolsados por mi empleador (adjunte explicación titulada "pregunta 10g"). | \$ _____ |

11. **Bienes activos**

| | Total |
|--|----------|
| a. Dinero en efectivo y en cuentas bancarias de cheques, ahorros, Caja de Crédito, depósitos, cuentas del mercado de valores, y otras cuentas de depósito. | \$ _____ |
| b. Acciones, bonos y otros activos con liquidez que yo podría vender fácilmente | \$ _____ |
| c. Todo Otro tipo de propiedad, <input type="checkbox"/> bienes raíces y <input type="checkbox"/> personal. | \$ _____ |

(Estime el valor justo de mercado, menos lo que debe en préstamos y deudas sobre esta propiedad)

| | |
|--|------------|
| QUERELLANTE/DEMANDANTE: QUERELLADO/DEMANDADO: OTRO PADRE/DEMANDANTE: | CASO NÚM.: |
|--|------------|

12. Las siguientes personas viven conmigo:

| Nombre | Edad | ¿Cuál es la relación de esta persona a usted? (por ej: hijo) | Ingreso mensual bruto de esa persona | ¿Paga algunos de los gastos del hogar? |
|--------|------|--|--------------------------------------|---|
| a. | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b. | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| c. | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| d. | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| e. | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

13. Promedio mensual de gastos Gastos estimados Gastos actuales Necesidades propuestas

- | | |
|---|--|
| <p>a. Mi hogar:</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Arriendo o <input type="checkbox"/> hipoteca \$ _____ Si paga hipoteca, incluya: Promedio cuota hacia capital. . \$ _____ Promedio cuota hacia interés. \$ _____</p> <p>(2) Promedio mensual de pagos para impuestos sobre la propiedad/bienes raíces. \$ _____</p> <p>(3) Seguro de dueño de casa o arrendatario (Si no está incluido arriba). \$ _____</p> <p>(4) Mantención y reparaciones \$ _____</p> <p>b. Gastos de salud no cubiertos o pagados por el seguro \$ _____</p> <p>c. Cuidado infantil. \$ _____</p> <p>d. Mercaderías/comida para la casa, y abastecimientos \$ _____</p> <p>e. Gastos de comida fuera de la casa. \$ _____</p> <p>f. Cuentas de la casa (luz, agua, gas, basura, etc.) \$ _____</p> <p>g. Teléfono, celular, correo electrónico. . . . \$ _____</p> | <p>h. Gastos de lavandería y limpieza. \$ _____</p> <p>i. Ropa/vestuario \$ _____</p> <p>j. Educación \$ _____</p> <p>k. Gastos para entretenimiento, regalos y vacaciones. \$ _____</p> <p>l. Gastos de transporte y automóvil (Seguro, gasolina, reparaciones, pasaje del bus, etc.) . \$ _____</p> <p>m. Seguro (de vida, de accidente, etc.; no incluya seguro de automóvil, casa, o seguro médico.) \$ _____</p> <p>n. Ahorros e inversiones. \$ _____</p> <p>o. Contribuciones caritativas. \$ _____</p> <p>p. Pagos mensuales nombrados en Núm.14 (ponga cada uno en Núm.14 y sume el total aquí) \$ _____</p> <p>q. Otro (especifique): \$ _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <p>r. GASTOS TOTALES (a-q) (No incluya las cantidades en a(1)(a) y (b)) \$ _____</p> </div> <p>s. Cantidad de gastos pagados por otros \$ _____</p> |
|---|--|

14. Lista de pagos en cuotas y deudas no mencionados arriba

| Nombre del acreedor (Que cuenta tiene): | Pago por: | Pago mensual: | Saldo (Balance): | Fecha del ultimo pago: |
|---|-----------|---------------|------------------|------------------------|
| | | \$ | \$ | |
| | | \$ | \$ | |
| | | \$ | \$ | |
| | | \$ | \$ | |
| | | \$ | \$ | |

15. Este formulario contiene no contiene la ubicación de, o información identificatoria sobre, los bienes activos enlistados y deudas mencionadas.
 AVISO: Si el formulario contiene tal información, usted le puede pedir a la corte que selle este documento. Usted tendría que completar y entregar el formulario *Ex Parte Application and Order to Seal Financial Forms* (form FL-316).

16. Honorarios para el/la Abogado
(Esta información es requerida si cualquiera de los partidos está pidiendo pagos o reembolso por gastos de abogado.): \$

a. Hasta esta fecha le he pagado a mi abogado esta cantidad en honorarios y gastos *(especifique):* \$

b. La fuente de este dinero fue *(especifique):*

c. Todavía le debo a mi abogado los siguientes honorarios y gastos *(especifique cantidad total debida):* \$

d. Mi abogado cobra por hora *(especifique):* \$

Confirmo esta información y acuerdo de sobre honorarios.
 Fecha:

 (ESCRIBA NOMBRE DEL ABOGADO CON LETRA IMPRENTA O A MÁQUINA)

▶

 (FIRMA DEL ABOGADO)

| | |
|--|------------|
| QUERELLANTE/DEMANDANTE: QUERELLADO/DEMANDADO: OTRO PADRE/DEMANDANTE: | CASO NÚM.: |
|--|------------|

INFORMACIÓN SOBRE MANTENIMIENTO DE HIJOS
(AVISO: Llene esta página solamente si su caso se refiere a mantenimiento de hijos.)

17. Número de hijos menores

- a. Tengo *(especifique número)* hijos bajo la edad de 18 años con el otro padre en este caso.
- b. Mis hijos pasan porcentaje de su tiempo conmigo porcentaje de su tiempo con el otro padre.
(Si no está seguro/a sobre el porcentaje, o no hay un acuerdo, por favor explique aquí el horario/tiempo que usted pasa con los hijos):

18. Gastos de cuidado de la salud de los hijos

- a. Tengo No tengo cobertura de seguro médico disponible para mí a través de mi trabajo, para mis hijos.
- b. Nombre de la compañía de seguro médico:
- c. Dirección de la compañía de seguro médico:
- d. El costo mensual del seguro médico para mis hijos es o sería: \$
(No incluya la cantidad pagada por su empleador.)

19. Gastos adicionales para los hijos en este caso

- | | Cantidad por mes |
|---|------------------|
| a. Cuidado infantil para que yo pueda trabajar o tener entrenamiento laboral/profesional..... | \$ _____ |
| b. Gastos de cuidado de la salud de mis hijos, que no son cubiertos por el seguro médico..... | \$ _____ |
| c. Gastos de viajes para tener visitas con mis hijos..... | \$ _____ |
| d. Necesidades educacionales u otras necesidades especiales de mis hijos <i>(especifique abajo)</i> | \$ _____ |

20. Dificultades económicas especiales. Le pido a la corte que considere las siguientes circunstancias financieras especiales *(agregue documentación de cualquier ítem nombrado aquí, incluyendo órdenes judiciales):*

- | | Cantidad por mes | ¿ Por cuanto meses tendrá Ud. que hacer estos pagos? |
|---|------------------|--|
| a. Gastos extraordinarios de salud no incluidos en 19b: | \$ _____ | _____ |
| b. Pérdidas catastróficas no aseguradas <i>(por ejemplo, incendio, robo, u otras pérdidas aseguradas)</i> | \$ _____ | _____ |
| c. (1) Gastos para mis hijos menores que son de otras relaciones y están viviendo conmigo | \$ _____ | _____ |
| (2) Escriba los nombres y edades de esos hijos <i>(especifique)</i> : | | |
| | | |
| (3) Mantenimiento de hijos que recibo para esos hijos | | |
| | \$ _____ | |

Los gastos mencionados en a, b, y c crean una dificultad económica extrema para mí porque *(explique)*:

21. Otra información que deseo que la corte sepa respecto a mantenimiento en mi caso *(especifique)*:

DECLARACIÓN DE HISTORIAL DE PAGOS DE MANTENIMIENTO

Persona completando este documento (nombre): _____

Yo soy la Persona con Custodia Persona sin Custodia

Historial de Pagos de Mantenimiento de (elegir uno): Hijo (s) Cónyugue/esposa (o) Familiar Médico

gastos médicos no reembolsados Otro (especifique): _____

AÑO _____ AÑO _____ AÑO _____

| | CANTIDAD ORDENADA | CANTIDAD PAGADA | CANTIDAD ORDENADA | CANTIDAD PAGADA | CANTIDAD ORDENADA | CANTIDAD PAGADA |
|------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
| Enero | | | | | | |
| Febrero | | | | | | |
| Marzo | | | | | | |
| Abril | | | | | | |
| Mayo | | | | | | |
| Junio | | | | | | |
| Julio | | | | | | |
| Agosto | | | | | | |
| Septiembre | | | | | | |
| Octubre | | | | | | |
| Noviembre | | | | | | |
| Diciembre | | | | | | |

AÑO _____ AÑO _____ AÑO _____

| | CANTIDAD ORDENADA | CANTIDAD PAGADA | CANTIDAD ORDENADA | CANTIDAD PAGADA | CANTIDAD ORDENADA | CANTIDAD PAGADA |
|------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
| Enero | | | | | | |
| Febrero | | | | | | |
| Marzo | | | | | | |
| Abril | | | | | | |
| Mayo | | | | | | |
| Junio | | | | | | |
| Julio | | | | | | |
| Agosto | | | | | | |
| Septiembre | | | | | | |
| Octubre | | | | | | |
| Noviembre | | | | | | |
| Diciembre | | | | | | |

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de California, que lo antedicho es correcto y verídico. Estoy al tanto que ésta declaración puede ser provista al otro padre para ser verificada y que se le puede pedir a cualquiera de los partidos que proporcione documentación.

Firma: _____ Fecha: _____



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA DECLARACIÓN DE HISTORIAL DE PAGOS DE MANTENIMIENTO

El reverso de esta página es la declaración suya sobre historial de pagos de mantenimiento de su caso. Se le pide que complete un récord mes a mes, año por año, de las cantidades que se debieron (ordenadas por la corte) y las cantidades mensuales de cada pago hecho. Estas cifras nos ayudarán a determinar la cantidad de pagos atrasados que se deban, si es que existe una deuda impaga.

Usted tiene que completar una página aparte por cada tipo de deuda: mantenimiento de hijos, mantenimiento conyugal (esposa/o), familiar, médico, gastos médicos no reembolsados, y otros tipos de mantenimiento no nombrados. **NO COMBINE mantenimiento de hijos y esposa/o a no ser que su orden judicial combina las dos deudas convirtiéndolas en una orden de mantenimiento "familiar" .**

En la columna "Cantidad Ordenada", ponga la cantidad mensual debida cada mes desde que empezó su orden. Si la orden ha cambiado, asegúrese que la cantidad correcta esté reflejada todos los meses.

En la columna "Cantidad Pagada", indique la cantidad de dinero (en dólares) que recibió en pagos de mantenimiento durante ese mes en particular. Si recibió más de un pago en un mes determinado, ponga la cantidad total recibida ese mes. **Ponga la cantidad de dinero recibido en el mes en que actualmente recibió el pago, y no en el mes o meses en que el pago corresponde o debería haber cubierto.** Puede agregar páginas adicionales si es necesario.

Por favor tenga pendiente que esta declaración no es confidencial y puede ser dada al otro padre/partido en su caso para que la revise. Si hay un desacuerdo respecto al historial de pagos, se le puede requerir a los partidos que presenten pruebas de pagos tales como cheques cobrados/cancelados, recibos, etc.

Complete esta Declaración ordenada y correctamente para asegurarse que no hayan errores o confusión respecto a las cantidades atrasadas de mantenimiento que se deban, si es que hay una deuda impaga.

SISTEMA AUTOMATICO DE INFORMACION SOBRE MANTENIMIENTO DE HIJOS

Este sistema le permite obtener respuesta a sus preguntas sobre mantenimiento de hijos mediante el uso de un sistema telefónico digital (touch-tone). Usted puede usar el sistema para obtener respuestas a preguntas comunes y obtener información sobre su caso, tal como: historial de pagos, balance debido, como vá el caso, y acciones de cobranza (fiscalización de pagos).

El sistema también proveerá información general sobre la oficina, tal como: ubicación de la oficina, dirección de correo, números de teléfonos y faxes, horas de atención al público y servicios ofrecidos.

El Sistema Automático de Información sobre Mantenimiento de Hijos puede ser usado por ambos padres, otras personas con custodia de menores, y por otras agencias. Usted puede usar el sistema 24 horas al día, siete días a la semana, para obtener información sobre su caso.

El Sistema Automático de Información sobre Mantenimiento de Hijos permitirá a la Agencia Local de Servicios de Mantenimiento de Hijos atender a más gente y proporcionar un servicio mas rapido al público.

Para usar este sistema, usted debe usar un teléfono digital (no rotario). El sistema lo/a saludará con una lista de selecciones (menú). Simplemente escuche y seleccione la opción deseada marcando el número correcto en su teléfono. Para poder tener acceso a información sobre el caso, usted tiene que tener el número de su seguro social y el número de participante que la agencia le ha asignado. Para el mejor resultado, por favor revise la información provista en este folleto y téngalo a la mano cuando use el sistema.

TROY HELD
DIRECTOR
PLACER
DEPARTMENT OF CHILD SUPPORT SERVICES



SISTEMA AUTOMATICO DE INFORMACION SOBRE MANTENIMIENTO DE HIJOS

LLAME AL 1-866-855-2145

DEPARTMENT OF CHILD SUPPORT SERVICES
11795 EDUCATION ST,
STE. 101
AUBURN, CA 95602-2454

**COMO USAR EL SISTEMA
AUTOMATICO DE INFORMACION
SOBRE MANTENIMIENTO DE HIJOS**

LLAME AL 1-866-855-2145

**BIENVENIDA
MARQUE :**

- 1** Para instrucciones en Inglés
- 2** Para instrucciones en Español

**MENU
PRINCIPAL
MARQUE:**

- 1** Balance de la cuenta, información sobre pagos, estado del caso, suspensión de licencia o notificación de la Oficina de Impuestos Estatales (FTB)
- 2** Dirección de correo, números de teléfonos y faxes
- 3** Dirección de la oficina y direcciones cómo llegar a ella
- 4** Dias y horarios de oficina
- 5** Descripción de servicios
- 9** Terminar la llamada
- 0** Transferir llamada a un representante de la agencia local de Servicios de Mantenimiento de Hijos

**BALANCE
DEBIDO, PAGOS,
SUSPENSION DE
LICENCIA:**

- 1** Para Digitar su número de Seguro Social

Digite su número de seguro social, seguido de su número de identificación de participante en el caso Estos dos números juntos son su llave personal para obtener acceso a su información. No puede obtener información sin AMBOS números.

**MENU
MARQUE:**

- 1** Balance(s) de cuenta(s)
- 2** Fecha y cantidad del último pago hecho
- 3** Fechas y cantidades de los últimos tres pagos hechos
- 4** Fecha y cantidad del último pago descontado autorizado
- 5** Estado del caso y fecha (qué ha pasado)
- 6** Si usted ha recibido una notificación de suspensión de licencia o demanda de pago de la Oficina de Impuestos Estatal (FTB).

**MENU
MARQUE:**

- 1** Información sobre suspensión de licencia
- 2** Demanda del FTB
- 9** Terminar la llamada
- 0** Transferir llamada a un representante de la Agencia Local de Servicios de Mantenimiento de Hijos
- #** Regresar al menú principal

SUS NUMEROS DE IDENTIFICACION.
Estos se necesitan para obtener información sobre su caso. Por favor téngalos a mano cuando use el Sistema Automático de Información sobre Mantenimiento de Hijos:

SSN: _____
(número del seguro social)

Número de Participante: _____

Anotaciones

Número del caso: _____

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE HIJOS

HOJA DE DATOS

PROCESO DE AUDIENCIAS ESTATALES DE MANTENIMIENTO DE HIJOS

Usted Tiene Derecho a Una Audiencia Estatal

- Si la agencia local de mantenimiento no responde a su reclamo dentro de 30 días después de recibirlo, usted tiene el derecho de pedir una Audiencia Estatal ante un Juez de Derecho Administrativo. **IMPORTANTE: Usted debe pedir la Audiencia Estatal antes de que se cumplan 90 días desde que presentó su reclamo ante la agencia local de mantenimiento.**
- Si la agencia local de mantenimiento responde dentro de 30 días después de haber recibido su reclamo, y usted no está satisfecho(a) con la resolución o respuesta de la agencia, usted tiene el derecho de pedir una Audiencia Estatal ante un Juez de Derecho Administrativo. **IMPORTANTE: Usted debe pedir la Audiencia Estatal antes de que se cumplan 90 días desde que usted recibió la respuesta por escrito de la agencia local de mantenimiento.**
- Usted puede pedir una Audiencia Estatal por escrito mandando el formulario (form SH001) *Petición para Audiencia Estatal* a la Oficina Estatal de Audiencias, o puede llamarlos al: 1 (866) 289-4714.
- La Oficina Estatal de Audiencias le dará a conocer la fecha, horario, y lugar de su Audiencia Estatal y proveerá un intérprete o acomodaciones para personas incapacitadas, si usted lo necesita. **IMPORTANTE: No todos los reclamos se pueden tratar en una Audiencia Estatal.**

IMPORTANTE: Audiencias Estatales Sólo Serán Otorgadas por las siguientes Razones:

- Una solicitud para servicios de mantenimiento de hijos ha sido negada, o no se procesó dentro del plazo requerido.
- Se han tomado acciones en el caso en violación a leyes federales o estatales, o en violación a reglamentos, o en violación a procedimientos del Departamento de Servicios de Mantenimiento de Hijos, incluyendo servicios de establecimiento, modificación, fiscalización/cobranza de órdenes de mantenimiento, o en la contabilidad.
- Cobranzas de mantenimiento no se han distribuido, o han sido distribuidos o desembolsados incorrectamente, o el monto de la deuda de pagos atrasados, calculada por la agencia local de mantenimiento, es incorrecto.
- Por la decisión de cerrar el caso por parte de la agencia local de mantenimiento.

IMPORTANTE: Las Sigüientes Razones NO PUEDEN ser tratadas en una Audiencia Estatal:

- Temas de mantenimiento que requieren interponer ante la Corte Superior una moción judicial, una orden de mostrar causa, o una apelación judicial.
- Revisión de una orden de mantenimiento actual o mantenimiento atrasado.
- Una orden judicial o determinación equivalente de paternidad.
- Una orden judicial de mantenimiento conyugal (esposa/o).
- Determinaciones sobre custodia/patria potestad de menores o derechos de visitas.
- Reclamos sobre tratamiento supuestamente descortés por parte de algún empleado de la agencia local de mantenimiento, a no ser que esa conducta causó acciones o falta de acciones que califican para una audiencia estatal.

TRATANDO DE HACÉRLO MÁS FÁCIL PARA USTED

Departamento de Servicios de Mantenimiento de Hijos-Teléfono sin tarifa: 1 (866) 249-0773

(7/1/01)

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE HIJOS

HOJA DE DATOS

PROGRAMA DE INTERCESIÓN Y PROCESO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMOS

Su Programa Local de Intercesión

- Cada agencia local de mantenimiento tiene un Intercedor/Interventor disponible para proveer ayuda respecto al proceso de resolución de reclamos o Audiencia Estatal.
- El Intercedor/Interventor puede ayudarle en presentar su reclamo ante la agencia local de mantenimiento, o puede ayudarle a pedir una Audiencia Estatal a la Oficina Estatal de Audiencias.
- El Intercedor/Interventor puede ayudarle a obtener información tocante a su reclamo para ayudarle a prepararse para la Audiencia Estatal.
- **IMPORTANTE:** El Intercedor/Interventor no puede ser su representante y no le dará consejo legal.

El Derecho de Cada Cliente a Resolución de Reclamos

- Usted tiene el derecho de pedirle Resolución de Reclamos a la agencia local de mantenimiento si tiene un reclamo contra la agencia o contra la Oficina Estatal de Impuestos (Franchise Tax Board) por cualquier acción o falta de acción tomada en su caso.
- Usted puede hacer su reclamo por escrito completando y entregando el formulario de resolución de reclamos a la agencia local de mantenimiento de hijos ,o puede llamarlos directamente.
- **IMPORTANTE:** Su petición de resolución de reclamos tiene que ser hecha antes de que se cumplan 90 días desde la fecha en que usted supo o debiera haber tenido conocimiento del tema de su reclamo.
- La agencia local de mantenimiento de hijos tiene un plazo de 30 días a partir de la fecha que recibe su reclamo para darle una resolución por escrito a su reclamo. La agencia local se pondrá en contacto con usted si necesita más información o más tiempo para resolver su reclamo.

Por Favor Note: Usted puede pedir una Audiencia Estatal después de haber pasado por el proceso de Resolución de Reclamos. Mire al dorso para información sobre Audiencias Estatales.

TRATANDO DE HACÉRLO MÁS FÁCIL PARA USTED

Departamento de Servicios de Mantenimiento de Hijos-Teléfono sin tarifa 1 (866) 249-0773

(7/1/01)



NOTIFICACIÓN A TODOS LOS PARTIDOS CON , Y PADRES SIN CUSTODIA/PATRIA POTESTAD

TEMA: OPERACIÓN LIBERTAD DURADERA -- PEDIDOS PARA REVISIÓN Y AJUSTE DE ÓRDENES DE MANTENIMIENTO ACTA DE ALIVIO CIVIL PARA MIEMBROS DEL SERVICIO MILITAR--RESTRICCIONES EN EL COBRO DE INTERÉS.

Esto es para informarle sobre una ley federal conocida como el Acta de Alivio Civil para Miembros del Servicio Militar (conocida con la sigla SCRA). Esta acta ofrece ciertos beneficios a padres y madres que han sido llamados recientemente a servicio militar activo, como resultado de nuestra Guerra contra el Terrorismo, la guerra en Irak, o por cualquiera otra acción de los Estados Unidos que requiere el despliegue de tropas a servicio activo.

- Si su ingreso ha bajado desde que se le llamó a servicio militar activo, puede ser que usted pueda cambiar la cantidad mensual de pagos de mantenimiento actual.
- Usted también puede pedir que le cobren menos interés sobre la deuda de pagos atrasados que se acumularon antes de que usted fuera llamado/a a servicio militar activo.

Cambios a Órdenes De Mantenimiento

Si se le llamó a servicio militar activo, y usted es un Partido con Custodia o un Padre Sin Custodia, su agencia local de mantenimiento (conocida por la sigla LCSA) tiene que permitirle pedir una revisión de su orden de mantenimiento actual. El proceso de revisión puede resultar en que su orden de mantenimiento actual suba, baje, o quede igual. Una vez completada la revisión, ambos padres deben recibir notificación sobre el resultado.

Porcentaje de Interés Rebajado Sobre La Deuda Atrasada

Como padre o madre llamado/a a servicio militar activo, bajo el acta SCRA usted también puede pedir que se le cobre un porcentaje de interés más bajo sobre la cuenta de mantenimiento atrasado que usted deba. En California, comúnmente se cobra el 10% de interés sobre deudas de mantenimiento. Sin embargo, un miembro de las Fuerzas Armadas puede pedirle a la agencia local de mantenimiento de hijos que le bajen el porcentaje de interés del 10% al 6% cobrado sobre la deuda de mantenimiento que se debía antes de la fecha de servicio militar activo.

Su petición para reducir el interés necesita ser por escrito y debe mencionar que este pedido es hecho bajo el Acta de Alivio Civil para Miembros del Servicio Militar. También necesita proveer documentación respecto a su estado/nivel militar actual, y la fecha cuando empezó servicio activo.

Para pedir un cambio de su orden de mantenimiento de hijos, o para pedir que le rebajen el porcentaje de interés cobrado sobre su deuda atrasada, tal como lo permite el Acta de Alivio Civil para Miembros del Servicio Militar, póngase en contacto con su Agencia Local de Mantenimiento al: (530) 889-5700

**DEPARTMENT OF CHILD SUPPORT SERVICES
11795 EDUCATION STREET,
STE. 101**

AUBURN, CA 95602-2454



